

Het medicatieproces: wat verandert er voor de huisartsenpraktijk?

Met een actueel en compleet medicatieoverzicht kunnen zorgverleners beter en veiliger handelen. Om dit te realiseren is het landelijke programma Medicatieoverdracht in het leven geroepen. LHV, NHG en Ineen trekken hierin gezamenlijk op als sector Huisartsenzorg. Tijdens het NedHIS-congres vertelde projectmanager Joppe van der Reijden over de stand van zaken.

CHRISTIE MANINTVELD
CHRISTIE@M-T.O.NL

De basisgedachte achter het nieuwe medicatieproces is het scheiden van therapie en logistiek. In de huidige situatie stuurt de voorschrijver een recept naar de apotheek, waarna de apotheek een afleverbericht stuurt. In de nieuwe situatie wordt het recept vervangen door twee afzonderlijke berichten: een medicatieafpraak en een verstrekkingverzoek. De apotheek zorgt vervolgens voor de toedienafpraak en de medicatieverstrekking. Joppe: 'Vrijwel alle zorgsectoren zijn betrokken in het programma. Door samen te werken in de keten zorgen we ervoor dat de medicatieafpraak van een specialist bijvoorbeeld ook door de huisarts en de psychiater kan worden ingezien. Naast medicatie willen we ook contra-indicaties, overgevoeligheden en lab meepakken.'

Wat betekent deze nieuwe werkwijze voor de huisarts? Joppe noemt enkele voorbeelden:

- Door het therapiedeel los te koppelen van de logistiek kun je bijvoorbeeld een medicatieafpraak invoeren voor antistollingsmiddelen. Die loopt in principe eindeloos door, tenzij je de medicatieafpraak stopt. De verstrekkingverzoeken die eronder hangen staan los van de tijd. Zo raakt niet uit beeld dat iemand antistolling gebruikt.
- Nu krijg je een bericht van een specialist dat er medicatie gestart is, maar weet je vaak niet of deze weer gestopt is. In het nieuwe systeem krijg je ook de stop-medicatieafspraken door. Zowel de medicatieafspraken als de stop-medicatieafspraken zijn direct zichtbaar in het

patiëntendossier in het HIS, mits deze persoon een LSP opt-in heeft.

- Ook als het gaat om baxtermedicatie gaat er iets veranderen. De huisarts zet nu een handtekening onder de driemaandelijke lijsten, maar de recepten komen vaak van de specialist. In de nieuwe werkwijze staat elk medicijn op een aparte regel, met daarbij de auteur. Daardoor blijven de specialisten verantwoordelijk voor hun medicatieafspraken.

Status van het programma

Op dit moment doen de regio's Rijnmond en Friesland met de HISSen CGM HUISARTS en Dedalus mee aan de kickstart. Er worden voorbereidingen gedaan om ook de huisartsenspoedpost hierin te betrekken. De planning is dat medio 2025 de kickstartdeelnemers live gaan om vervolgens op te schalen naar nieuwe regio's tot het landelijk geïmplementeerd is. Huisarts Boudewijn Dierick (gezondheidscentrum Makkum) doet mee aan de kickstart. Zijn praktijkmanager Josina Thibaudier is aangehaakt als test- en projectcoördinator. Op de vraag waarom de praktijk meedoet in deze testfase antwoordt Boudewijn: 'Ik ben al twintig jaar apotheekhoudend huisarts en ik erger me al twintig jaar aan

BOUDEWIJN DIERICK: 'IK BEN AL TWINTIG JAAR APOTHEEKHOUDEND HUISARTS EN IK ERGER ME AL TWINTIG JAAR AAN DE MEDICATIEOVERDRACHT'



Joppe van der Reijden



Josina Thibaudier

de medicatieoverdracht. Tot nu werden er vooral lapmiddelen geïntroduceerd. Nu er echt een nieuw fundament wordt gebouwd voor medicatieoverdracht ben ik enthousiast. In dit project zijn ketenpartners betrokken én de leveranciers.'

Rol van de praktijkmanager

'Wat ik wel merk is dat je zo'n project als huisarts alleen kunt dragen als je een praktijkmanager hebt die je steunt', benadrukt Boudewijn. 'Niks zo erg als huisarts die tussen de gesprekken door ook wat aanrommelt. Josina heeft meer verstand van ICT dan ik en zij trekt bij ons het proces.'

Josina: 'Het gaat om een ICT-systeem en werkprocesverandering die je niet met één druk op de knop kunt realiseren. Daarom schrijf ik een plan van aanpak voor implementatie in de praktijk. Voor veel standaardzaken zal de ICT-verandering het proces bevorderen, maar wat gebeurt er in uitzonderingssituaties? Die proberen we nu in kaart te brengen en tijdens de prak-

tijktests te simuleren. Vervolgens kun je technische oplossingen zoeken, maar daarnaast zal er – bijvoorbeeld in spoedgevallen – soms toch gewoon mondeling overleg nodig blijven.'

Geen binnenbochtjes

'In de kickstart creëren we een basis waardoor praktijken straks makkelijker kunnen instappen', vertelt Josina. 'Dan is direct duidelijk wat je precies moet inregelen en waar je zelf afspraken over moet maken met medewerkers en ketenpartners.'

Boudewijn: 'Heel belangrijk is dat de neuzen dezelfde kant op staan. Veel systemen die nu draaien werken matig, omdat mensen binnenbochtjes zoeken en vinden. Het nieuwe medicatieproces zal in het begin meer werk opleveren voor de huisarts. Dat komt omdat we nu niet doen wat we eigenlijk wel zouden moeten doen. Er komt straks meer informatie op ons af waar we mee om moeten gaan. Maar als het eenmaal goed is ingericht en de therapietrouw verbetert, zorgt het uiteinde-

lijk voor minder kosten en minder werk. Het kost nu gewoon heel veel tijd om specialisten en apothekers te bellen omdat het medicatieoverzicht geen afspiegeling is van de realiteit.'

Hybride starten is mogelijk

'Wij hebben de ambitie om met de hele keten tegelijkertijd over te gaan naar de nieuwe manier van werken', zegt Josina. 'Het voordeel van Mak-kum is dat alles redelijk overzichtelijk is. We werken voornamelijk samen met het ziekenhuis in Sneek, we hebben hier één verzorgingshuis en onze huisartsenpraktijk is apotheekhoudend. In de regio Rijnmond hebben ze een complexere uitdaging met veel meer openbare apotheken, ziekenhuizen en partners in ggz en VVT. Dan is het handig dat je als keten ook eerst hybride kunt werken. Onder water herkent het systeem of een organisatie met het oude of het nieuwe medicatieproces werkt. Zo kun je toch starten, terwijl nog niet alle partijen zo ver zijn.' ■

JOSINA THIBAUDIER: **'IN DE KICKSTART CREËREN WE EEN BASIS WAARDOOR PRAKTIJKEN STRAKS MAKKELIJKER KUNNEN INSTAPPEN'**